

**GAMBARAN TINGKAT PENGETAHUAN PERAWAT  
TENTANG *PATIENT SAFETY GOALS* DI RUANG  
RAWAT INAP DI RSUD HAJI MAKASSAR**



**SKRIPSI**

**Diajukan Untuk Memenuhi Salah Satu Syarat Meraih Gelar  
Sarjana Keperawatan Jurusan Keperawatan  
Pada Fakultas Ilmu Kesehatan  
UIN Alauddin Makassar**

**Oleh:**

**ANDI MUH. IKHSAN**

**70300110012**

**FAKULTAS ILMU KESEHATAN  
UNIVERSITAS ISLAM NEGERI ALAUDDIN  
MAKASSAR  
2015**

## LEMBAR PENGESAHAN SKRIPSI

Skrripsi yang berjudul "Gambaran Tingkat Pengetahuan Perawat Tentang *Patient Safety Goals* Di Ruang Rawat Inap Di Rsud Haji Makassar" yang disusun oleh Andi Muh. Ikhsan, NIM : 70300110012, mahasiswa Jurusan Keperawatan pada Fakultas Ilmu Kesehatan UIN Alauddin Makassar, telah diuji dan dipertahankan dalam sidang munaqasyah yang diselenggarakan pada hari jum'at, tanggal 02 Oktober 2015, dinyatakan telah diterima sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar Sarjana dalam Ilmu Kesehatan, Jurusan Keperawatan.

### DEWAN PENGUJI :

Ketua	: Dr.dr.H. Andi Armyn Nurdin, M.Sc	(.....)
Sekretaris	: Dr. Muhtar Lutfi, M.Pd	(.....)
Munaqisy I	: Risnah, SKM., S.Kep, Ns, M.Kes	(.....)
Munaqisy II	: A. Adriana Amal, S.Kep, Ns	(.....)
Pembimbing I	: Dr. Nurhidayah, S.Kep, Ns, M.Kes	(.....)
Pembimbing II	: Dr. Mustari Mustafa, M.Pd	(.....)

Samata, Oktober 2015

### Diketahui Oleh :

Dekan Fakultas Ilmu Kesehatan  
UIN Alauddin Makassar

Dr. dr. H. Andi Armyn Nurdin, M.Sc  
NIP: 195502031983121001

## KATA PENGANTAR

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

Alhamdulillah Rabbil Alamin, puja dan puji syukur kehadiran Allah SWT. karena atas segala Rahmat dan Hidayah-Nya sehingga penyusunan skripsi ini yang berjudul “*Gambaran Tingkat Pengetahuan Perawat Tentang Patient Safety Goals Di Ruang Rawat Inap Di RSUD Haji Makassar*”, dapat diselesaikan dan sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan pendidikan di Fakultas Ilmu Kesehatan Jurusan Keperawatan Universitas Islam Negeri Makassar. Tidak lupa pula kami haturkan salam dan taslim kepada baginda Nabi besar Muhammad SAW. beserta para sahabat dan pengikutnya yang telah membawa ajaran Islam kepada kita semua.

Dalam penyusunan skripsi ini penulis banyak mendapat hambatan mulai dari tahap persiapan sampai pada tahap penelitian. Namun Alhamdulillah atas bimbingan, arahan, kerja sama, bantuan dan dukungan dari berbagai pihak akhirnya skripsi ini dapat terselesaikan.

Dalam kesempatan ini dengan penuh rasa hormat penulis haturkan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada:

1. Teristimewah buat, Alm. Ibunda Andi Hasnah dan Ayahanda Muhabbareng yang tercinta atas dukungan, jerih payah serta doa restunya sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi ini.
2. Prof. DR. H. A. Qadir Gassing HT.,M.S selaku Rektor UIN Alauddin Makassar beserta staf-stafnya atas bantuannya selama peneliti mengikuti pendidikan.

3. DR. dr. H. Andi Armyn Nurdin, M.Sc., selaku Dekan Fakultas Ilmu Kesehatan uin Alauddin Makassar.
4. Para wakil dekan Fakultas Ilmu Kesehatan UIN Alauddin Makassar.
5. DR. Nur Hidayah, S.Kep., Ns., M.Kes selaku Ketua Jurusan Keperawatan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Islam Negeri Alauddin Makassar yang telah memberikan pelayanan, arahan, motivasi, dalam menyelesaikan skripsi ini.
6. Penghargaan penulis yang setinggi-tingginya dengan hati yang tulus kepada Dra. Hj. Wahbah Idris, SKM., M.Kes. sebagai pembimbing I dan Dr. H. Abu Bakar Bethan S,Kep., Ns., M.Kes. selaku pembimbing II yang telah meluangkan waktu, tenaga, pikiran dan nasehatnya untuk membimbing penulis sejak dari awal rencana penelitian hingga terselesainya skripsi ini.
7. Kepada Dr. Nur Hidayah, S.Kep., Ns., M.Kes. selaku penguji I dan Dr. Mustari Mustafa, M.Pd. selaku penguji II yang telah meluangkan waktu dan memberi saran serta kritikan demi kesempurnaan skripsi ini.
8. Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Haji Makassar yang telah memberikan izin untuk memperoleh data dan melakukan penelitian di institusinya.
9. Seluruh keluargaku atas dukungan, jerih payah serta doa restunya sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi ini.
10. Seluruh rekan mahasiswa keperawatan dan kepada semua pihak yang telah memberikan bantuan yang tak sempat aku sebut namanya, terima kasih atas bantuan dan dukungannya.

Tidak menutup kemungkinan bahwa skripsi ini masih jauh dari kesempurnaan. Oleh karena itu, besar harapan penulis kepada pembaca atas kontribusinya baik berupa saran dan kritik yang sifatnya membangun demi kesempurnaan skripsi ini.

Akhirnya kepada Allah SWT. jualah penulis memohon do'a dan berharap semoga ilmu yang telah diperoleh dan dititipkan dapat bermanfaat serta menjadi salah satu bentuk pengabdian dimasyarakat nantinya. Amin

Makassar, Desember 2014

Penulis,

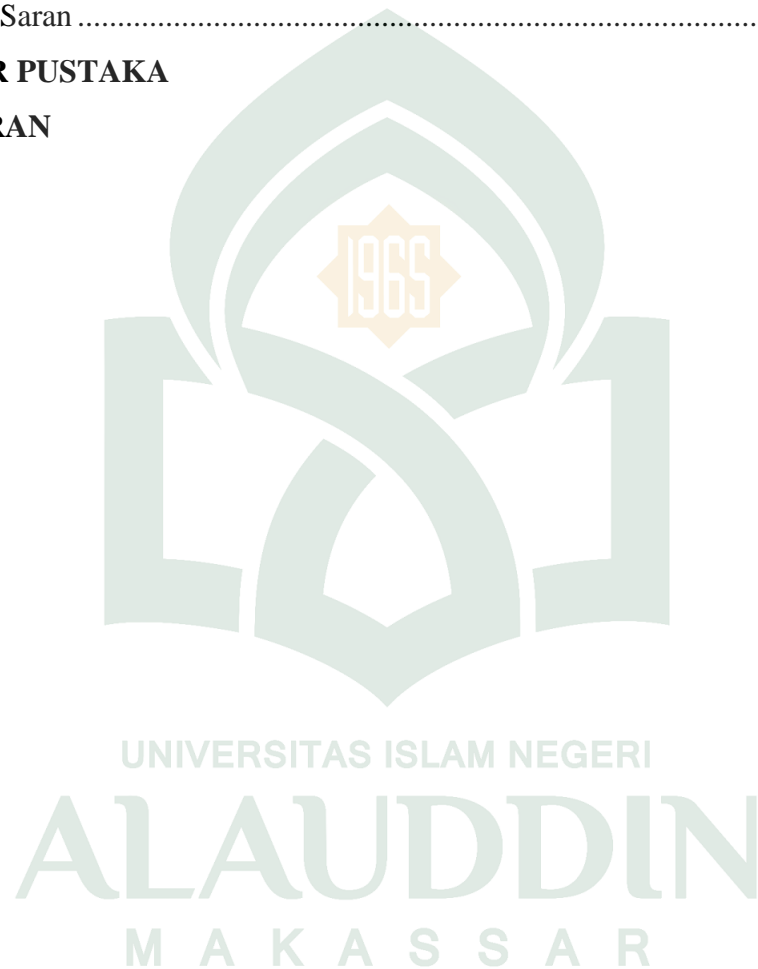


## DAFTAR ISI

Halaman

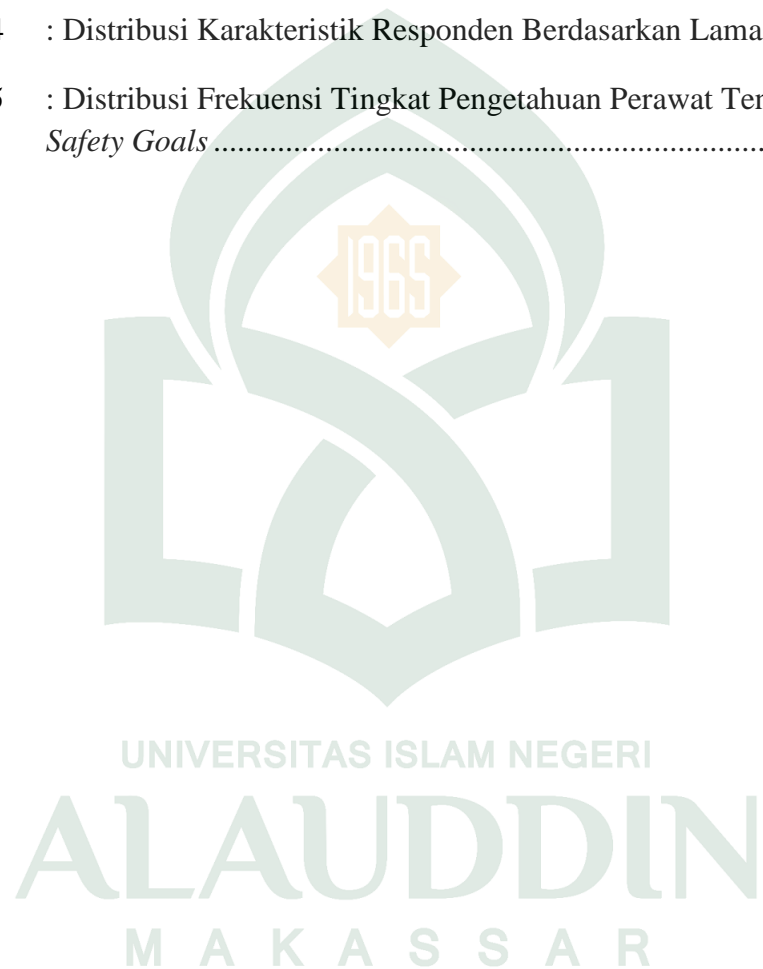
<b>HALAMAN JUDUL .....</b>	<b>i</b>
<b>KATA PENGANTAR.....</b>	<b>ii</b>
<b>DAFTAR ISI.....</b>	<b>v</b>
<b>DAFTAR GAMBAR.....</b>	<b>vii</b>
<b>DAFTAR TABEL .....</b>	<b>viii</b>
<b>ABSTRAK .....</b>	<b>ix</b>
<b>BAB I PENDAHULUAN.....</b>	<b>1-8</b>
A. Latar Belakang .....	1
B. Rumusan Masalah .....	5
C. Definisi Operasional .....	5
D. Kajian Pustaka.....	6
E. Tujuan Penelitian.....	7
F. Manfaat Penelitian.....	8
<b>BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....</b>	<b>9-33</b>
A. Pengetahuan .....	8
B. Patient Safety Goals .....	22
C. Kerangka Konsep .....	31
D. Kerangka Kerja.....	33
<b>BAB III METODOLOGI PENELITIAN.....</b>	<b>34-39</b>
A. Jenis Penelitian.....	34
B. Tempat Dan Waktu Penelitian .....	34
C. Populasi Dan Sampel Penelitian .....	34
D. Cara Pengumpulan Data.....	35
E. Pengolahan Dan Penyajian Data .....	36
F. Etika Penelitian.....	37

<b>BAB IV HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN.....</b>	<b>40-44</b>
A. Hasil Penelitian.....	40
B. Pembahasan .....	42
C. Keterbatasan Penelitian .....	44
<b>BAB V PENUTUP .....</b>	<b>46</b>
A. Kesimpulan .....	46
B. Saran .....	46
<b>DAFTAR PUSTAKA</b>	
<b>LAMPIRAN</b>	



## DAFTAR TABEL

	Halaman
Tabel 4.1 : Distribusi Karakteristik Responden Berdasarkan Umur Perawat	40
Tabel 4.2 : Distribusi Karakteristik Responden Berdasarkan Jenis Kelamin	40
Tabel 4.3 : Distribusi Karakteristik Responden Berdasarkan Pendidikan....	41
Tabel 4.4 : Distribusi Karakteristik Responden Berdasarkan Lama Kerja.	41
Tabel 4.5 : Distribusi Frekuensi Tingkat Pengetahuan Perawat Tentang <i>Patient Safety Goals</i> .....	42





## DAFTAR GAMBAR

	Halaman
Gambar 1 : Kerangka Konsep Penelitian.....	32
Gambar 2 : Kerangka Kerja .....	33



## ABSTRAK

**Nama** : A. Muh. Ikhsan  
**NIM** : 70300110012  
**Judul** : **Gambaran Tingkat Pengetahuan Perawat Tentang *Patient Safety Goals* Di Ruang Rawat Inap RSUD Haji Makassar (Dibimbing Oleh : Dra. Hj. Wahbah Idris, SKM., M.Kes dan Dr. H. Abu Bakar Bethan, S.Kep., Ns., M.Kes)**

---

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui Gambaran Tingkat Pengetahuan Perawat Tentang *Patient Safety Goals* di Ruang Rawat Inap RSUD Haji Makassar. Jenis Penelitian yang dilaksanakan adalah Penelitian Deskriptif dengan menggunakan purposive sampling sebagai teknik penentuan sampel, dengan kriteria inklusi yaitu perawat pelaksana yang ada di ruang rawat inap dan eksklusi yaitu kepala ruangan, ketua tim, dan mahasiswa praktik. Instrumen penelitian yang digunakan adalah lembar kuesioner dengan jumlah responden sebanyak 52 responden.

Hasil penelitian dari 52 (100%) responden didapatkan sebanyak 27 (51,9%) responden dengan tingkat pengetahuan baik, 25 (48,1%) responden dengan tingkat pengetahuan cukup baik, dan 0 (0%) responden dengan tingkat pengetahuan kurang. Disarankan untuk pihak rumah sakit untuk meningkatkan edukasi budaya *patient safety goals* dalam bentuk pelayanan keperawatan.

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **A. Latar Belakang**

Perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi pada era globalisasi dibidang kesehatan sangatlah pesat, sehingga menimbulkan peluang sekaligus tantangan meningkatnya mutu pelayanan di rumah sakit. Banyak pihak berlomba-lomba untuk mendapatkan yang terbaik dari dampak era globalisasi tersebut. Suasana persaingan mulai tercipta untuk selalu memberikan yang terbaik. Salah satu bukti persaingan tersebut dapat dicermati dalam pelayanan kesehatan di rumah sakit. Persaingan antar rumah sakit merupakan faktor eksternal yang berpengaruh pada manajemen rumah sakit.

Hal ini perlu diperhatikan oleh pihak manajemen rumah sakit karena tuntutan masyarakat semakin meningkat untuk mendapatkan pelayanan kesehatan yang memadai dan berkualitas. Pelayanan kesehatan berkualitas perlu ditunjang dengan pelayanan keperawatan yang berkualitas, karena pelayanan keperawatan merupakan bagian integral dari pelayanan kesehatan. Perawat memiliki peran yang sangat besar dalam menentukan kualitas pelayanan keperawatan dan citra rumah sakit karena 90% pelayanan kesehatan di rumah sakit diberikan oleh perawat (Huber, 2006).

Pelayanan keperawatan turut berkontribusi dalam menentukan keberhasilan pelayanan kesehatan. Pelayanan yang diberikan oleh perawat dalam suatu rumah sakit diharapkan dapat meningkatkan mutu pelayanan

keperawatan. Mutu pelayanan keperawatan merupakan komponen penting dalam sistem pelayanan kesehatan yang berorientasi kepada pasien (Yanmed Depkes- RI, 2008). Pada tahun 1994, *American Nurse Association* (ANA) memperkenalkan keselamatan pasien, untuk menilai hubungan antara staf keperawatan dengan kualitas pelayanan. Salah satu indikator mutu pelayanan keperawatan adalah keselamatan pasien.

Keselamatan pasien adalah pasien bebas dari cedera yang tidak seharusnya terjadi atau bebas dari cedera yang potensial akan terjadi (KKP-RS, 2008). Keselamatan pasien di rumah sakit adalah suatu sistem dimana rumah sakit membuat asuhan pasien lebih aman (KKP-RS). Hal ini menjadi salah satu indikator penting dalam standar pelayanan kesehatan keperawatan, karena dengan diterapkan sistem *patient safety* dengan baik, maka dapat diukur kualitas pelayanan keperawatan yang diberikan kepada pasien. Mencegah terjadinya cedera yang disebabkan oleh kesalahan akibat melaksanakan suatu tindakan atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya dilakukan adalah tujuan keselamatan pasien di rumah sakit (Depkes-RI, 2008).

Perhimpunan Rumah Sakit Seluruh Indonesia (PERSI) telah membentuk Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit (KKP-RS) pada tanggal 1 Juni 2005. Selanjutnya Gerakan Keselamatan Pasien Rumah Sakit ini kemudian dicanangkan oleh Menteri Kesehatan pada Seminar Nasional PERSI pada tanggal 21 Agustus 2005, di Jakarta Convention Center.

KKP-RS telah menyusun panduan tujuh langkah menuju keselamatan pasien bagi staf RS untuk mengimplementasikan Keselamatan Pasien di Rumah Sakit. Pada tahun 2006 tujuh langkah menuju keselamatan pasien rumah sakit dijadikan sebagai instrument akreditasi keselamatan pasien. Pada bulan september 2006 sampai dengan agustus 2007 terdapat pelaporan kejadian dari berbagai rumah sakit ke KKP-RS. Menindaklanjuti hal ini *World Health Organisation (WHO) Collaborating Centre for Patient Safety* bersama dengan Depkes pada tanggal 2 mei 2007 resmi menerbitkan sembilan solusi *Life-Saving* rumah sakit, dan dijadikan sebagai instrument akreditasi keselamatan rumah sakit.

Sasaran Keselamatan Pasien merupakan syarat untuk diterapkan disemua rumah sakit yang diakreditasi oleh Komisi Akreditasi Rumah Sakit. Penyusunan sasaran ini mengacu kepada *Nine Life-Saving Patient Safety Solutions dari WHO Patient Safety (2007)* yang digunakan juga oleh Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit PERSI (KKPRS PERSI), dan dari *Joint Commission International (JCI)*. Sasaran Keselamatan Pasien: 1. Ketepatan Identifikasi Pasien, 2. Peningkatan Komunikasi Yang Efektif, 3. Peningkatan Keamanan Obat Yang Perlu Diwaspadai (*High Alert*), 4. Kepastian Tepat Lokasi, Tepat Prosedur, Tepat Pasien Operasi, 5. Pengurangan Risiko Infeksi Terkait Pelayanan Kesehatan, 6. Pengurangan Risiko Jatuh.

Rumah Sakit Umum Daerah Haji Makassar Provinsi Sulawesi Selatan berdiri dan diresmikan tanggal 16 juli 1992 oleh Bapak Presiden Republik Indonesia, dan Pada Tanggal 27 Agustus 2010 terbit SK penetapan Menteri

Kesehatan Republik Indonesia tentang status Type B dengan Nomor: 1226/Menkes/SK/VIII/2010 tentang Peningkatan pelayanan RAUD. Haji Makassar ke Type B Non Pendidikan. Perkembangan dibidang pelayanan mutu telah lulus akreditasi ke dua (12 pelayanan) dengan nomor: Kars sert/31/VII/2011 dengan Lulus tingkat Lanjutan dan sekarang telah mempersiapkan 16 pelayanan dengan standar JCI 2014. Dari tahun sebelumnya RSUD Haji telah mendapatkan sertifikat nomor ID.10/1526 dari lembaga Administrasi Sistem mutu NLLSSM.012-IDM dari SNI:ISO 1900:2008 tertanggal 22 maret 2010. Mendapatkan sertifikasi ISO 9001:2008, ISO 18001:2007 (OHSAS), ISO 14001: 2004 Tanggal 16 Juli 2012. Dan Tahun 2012 telah melaksanakan proses persiapan dan penilaian rumah sakit Badan Layanan Umum (BLU).

Dari data terakhir tahun 2013 KTD dan KNC di rumah sakit Haji tidak ada atau tidak terjadi KTD (Kejadian Tidak Diharapkan) dan KNC (Kejadian Nyaris Cedera). Rumah Sakit Umum Daerah Haji Makassar Adalah rumah sakit pelayanan mutu yang telah lulus akreditasi ke dua (12 pelayanan) dengan nomor: Kars sert/31/VII/2011 dan telah mempersiapkan 16 pelayanan dengan standar JCI 2014. Pengetahuan merupakan hal mendasar agar dapat terlaksananya suatu tindakan berdasarkan hal tersebut maka penulis tertarik untuk Meneliti tentang *Gambaran Tingkat Pengetahuan Perawat tentang Patient Safety Goals di Rumah Sakit Umum Daerah Haji Makassar*.

## B. Rumusan Masalah

Berdasarkan hasil uraian latar belakang diatas maka rumusan masalah penelitian adalah “ Bagaimana Gambaran Tingkat pengetahuan Perawat tentang *Patient Safety Goals* Di Ruang Rawat Inap Di Rumah Sakit Umum Daerah Haji Makassar ”.

## C. Defenisi Operasional

*Patient Safety* (Keselamatan pasien) adalah pasien bebas dari cedera yang tidak seharusnya terjadi atau bebas dari cedera dan atau potensial kematian dan lain-lain, terkait dengan pelayanan kesehatan. Keselamatan pasien rumah sakit adalah suatu sistem dimana rumah sakit membuat asuhan pasien lebih aman. *Patient Safety* terdiri atas 6 sasaran, yaitu (1) Ketepatan Identifikasi Pasien, (2) Peningkatan Komunikasi Yang Efektif, (3) Peningkatan Keamanan Obat Yang Perlu Diwaspadai (*High Alert*), (4) Kepastian Tepat Lokasi, Tepat Prosedur, Tepat Pasien Operasi, (5) Pengurangan Resiko Infeksi Terkait Pelayanan Kesehatan, (6) Pengurangan Resiko Jatuh.

Kriteria objektif:

- 1) Tingkat pengetahuan baik jika skor 11-16
- 2) Tingkat pengetahuan cukup baik jika skor 6-10
- 3) Tingkat pengetahuan kurang jika skor < 6

#### **D. Kajian Pustaka**

Kajian pustaka bertujuan untuk membantu peneliti untuk menyelesaikan masalah penelitiannya dengan mengacu pada teori dan hasil-hasil penelitian sebelumnya yang relevan (Hamdiyati, 2008).

Berdasarkan hasil penelitian mengenai Gambaran Budaya Keselamatan Pasien di RSUD Aji Muhammad Parikesit Tenggarong, didapatkan kesimpulan bahwa Dimensi dengan persentasi respon positif tertinggi adalah kerjasama dalam unit (93%) dan dimensi dengan persentasi respon positif terendah adalah respon tidak menyalahkan terhadap error (41%). Budaya keselamatan pasien di RSUD AM Parikesit tergolong tinggi. Dimensi yang juga tergolong rendah adalah staffing dan frekuensi pelaporan kejadian, dimana keduanya memiliki kaitan yang erat satu sama lain (Diandra Asalea, dkk 2013).

Berdasarkan penelitian mengenai Pelaksanaan Manajemen Pasien dengan Resiko Jatuh di Rumah Sakit Islam Unisma Malang dengan hasil yang menunjukkan bahwa sebagian besar petugas atau perawat telah melaksanakan dengan baik program manajemen pasien jatuh yang meliputi : screnning, pemasangan gelang identifikasi resikojatuh, edukasi pasien dan keluarga tentang menggunakan leaflet edukasi, pengelolaan pasien resiko jatuh, penanganan pasien jatuh dan pelaporan insiden. Penetapan kebijakan dan implementasi prosedur yang diikuti supervisi dan monitoring lebih menjamin keterlaksanaan program (Sugeng Budiono, dkk 2013).



Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan oleh Saptorini Murdyastuti (2010) dengan judul pengaruh persepsi tentang profesionalitas, pengetahuan patient safety dan motivasi perawat terhadap pelaksanaan program patient safety di ruang rawat inap RSO Prof. DR. R. Soeharso Surakarta, didapatkan kesimpulan bahwa secara bersama-sama maupun parsial variabel persepsi, pengetahuan tentang patient safety, dan motivasi perawat berpengaruh terhadap pelaksanaan program patient safety.

Berdasarkan penelitian mengenai Gambaran Pengetahuan Pasien Mengenai Pemasangan Gelang Identifikasi Pasien di Instalasi Rawat Inap A BLU. RSUP. Prof. Dr. R. D. Kadow Manado didapatkan hasil yang menunjukkan bahwa pengetahuan pasien sebagian besar kurang tentang pengertian (68,9%), kurang tentang tujuan (67,8%), baik tentang pemakaian (53,3%), dan baik tentang karakteristik (61,1%). Dengan kesimpulan, Gambaran pengetahuan pasien tentang pemasangan gelang identifikasi meliputi pengertian, tujuan, pemakaian, dan karakteristik di Instalasi Rawat Inap A adalah dalam Kategori baik (Ni Luh Ayu, dkk 2009).

## **E. Tujuan Penelitian**

### **1. Tujuan Umum**

Tujuan umum penelitian ini adalah Untuk mengetahui Gambaran Tingkat pengetahuan Perawat tentang *Patient Safety Goals* di Rumah Sakit Umum Daerah Haji Makassar Provinsi Sulawesi Selatan.

## **2. Tujuan Khusus**

Tujuan khusus penelitian ini adalah untuk mengetahui gambaran tingkat pengetahuan tentang identifikasi pasien, peningkatan komunikasi, keamanan obat, tepat prosedur, resiko infeksi, dan resiko jatuh pada *patient safety goals* di Rumah Sakit Umum Daerah Haji Makassar Provinsi Sulawesi Selatan.

## **F. Manfaat penelitian**

Adapun Manfaat dari penelitian ini adalah :

### **1. Bagi Fakultas Kesehatan Jurusan Keperawatan**

Terbinanya hubungan antara pihak rumah sakit dengan Fakultas Kesehatan Jurusan Keperawatan UIN Alauddin Makassar.

### **2. Bagi Rumah Sakit Umum Daerah Haji Makassar**

Meningkatkan pencegahan terjadinya KTD (Kejadian Tidak Diharapkan) dan KNC (Kejadian Nyaris Cedera) yang merupakan cerminan pada *Patient Safety Goals*.

### **3. Bagi Peneliti**

Dapat menambah pengalaman peneliti dalam melakukan penelitian secara baik dan benar sehingga bisa menjadikan motivasi dan landasan untuk melakukan penelitian selanjutnya.

## BAB II

### TINJAUAN PUSTAKA

#### A. Pengetahuan

##### 1. Defenisi Pengetahuan

Pengetahuan Adalah merupakan hasil “Tahu”. Dan Hal ini terjadi setelah orang melakukan pengindraaan terhadap suatu objek tertentu karena dari pengalaman dan penelitian ternyata perilaku yang didasari oleh pengetahuan.

Firman Allah di Qs. An-Nahl: 43 yang berbunyi

وَمَا أَرْسَلْنَا مِنْ قَبْلِكَ إِلَّا رِجَالًا نُوْحِيْ اِلَيْهِمْ ۚ فَسْأَلُوْا اَهْلَ الذِّكْرِ اِنْ كُنْتُمْ لَا تَعْلَمُوْنَ ﴿٤٣﴾

Terjemahan :

Dan Kami tidak mengutus sebelum kamu, kecuali orang-orang lelaki yang Kami beri wahyu kepada mereka; Maka bertanyalah kepada orang yang mempunyai pengetahuan jika kamu tidak mengetahui.

Maksud dari ayat diatas adalah bertanyalah kepada orang memiliki pengetahuan sebelum kamu apabila kamu ragu-ragu atau tidak mengetahuinya (Tafsir Tarbawi, 2011). Pengetahuan diawali dari rasa ingin tahu yang ada dalam diri manusia. Pengetahuan selama ini diperoleh dari proses bertanya dan selalu di tujukan untuk menemukan kebenaran. Di dalam filsafat ilmu, pengetahuan itu disebut pengetahuan yang benar jika telah memenuhi beberapa kriteria kebenaran.

Kriteria kebenaran tersebut didasarkan pada beberapa teori antara lain :

a. Teori Koherensi (*Theory of Coherence*)

Berdasarkan teori ini, suatu pengetahuan dianggap benar apabila pengetahuan tersebut koheren dengan pengetahuan yang ada sebelumnya dan sudah dibuktikan kebenarannya. Didalam pembelajaran matematika hal ini biasanya disebut dengan sifat deduktif.

b. Teori Korespondensi (*Theory of Correspondence*)

Berdasarkan teori ini, suatu pengetahuan dianggap benar jika pengetahuan tersebut mempunyai hubungan dengan suatu kenyataan yang memang benar. Teori ini didasarkan pada fakta empiris sehingga pengetahuan tersebut benar apabila ada fakta-fakta yang mendukung bahwa pengetahuan tersebut benar. Dengan demikian kebenaran disini didasarkan pada kesimpulan induktif.

c. Teori Pragmatis (*Theory of Pragmatism*)

Menurut teori ini, pengetahuan dikatakan benar apabila pengetahuan tersebut terlihat secara praktis benar atau memiliki sifat kepraktisan yang benar. Pengikut teori ini berpendapat bahwa pengetahuan itu benar apabila mempunyai kegunaan yang praktis (Oktaviandry, 2012).

Pengetahuan (*knowledge*) adalah sesuatu yang hadir dan terwujud dalam jiwa dan pikiran seseorang dikarenakan adanya reaksi, persentuhan, dan hubungan dengan lingkungan dan alam sekitarnya. Pengetahuan ini meliputi emosi, tradisi, keterampilan, informasi, akidah, dan pikiran-pikiran. Dalam komunikasi keseharian, kita sering menggunakan kalimat seperti, “Saya

terampil mengoperasikan mesin ini”, “Saya sudah terbiasa menyelesaikan masalah itu”, “Saya menginformasikan kejadian itu”, “Saya meyakini bahwa masyarakat pasti mempercayai Tuhan”, “Saya tidak emosi menghadapi orang itu”, dan “Saya mempunyai pikiran-pikiran baru dalam solusi persoalan itu”.

Ketika mengamati atau menilai suatu perkara, kita biasanya menggunakan kalimat-kalimat seperti, saya mengetahuinya, saya memahaminya, saya mengenal, meyakini dan mempercayainya. Berdasarkan realitas ini, bisa dikatakan bahwa pengetahuan itu memiliki derajat dan tingkatan. Disamping itu, bisa jadi hal tersebut bagi seseorang adalah pengetahuan, sementara bagi yang lainnya merupakan bukan pengetahuan. Terkadang seseorang mengakui bahwa sesuatu itu diketahuinya dan mengenal keadaannya dengan baik, namun, pada hakikatnya, ia salah memahaminya dan ketika ia berhadapan dengan seseorang yang sungguh-sungguh mengetahui realitas tersebut, barulah ia menyadari bahwa ia benar-benar tidak memahami permasalahan tersebut sebagaimana adanya.

Pengetahuan adalah suatu keadaan yang hadir dikarenakan persentuhan kita dengan suatu perkara. Keluasan dan kedalaman kehadiran kondisi-kondisi ini dalam pikiran dan jiwa kita sangat bergantung pada sejauh mana reaksi, pertemuan, persentuhan, dan hubungan kita dengan objek-objek eksternal. Walhasil, makrifat dan pengetahuan ialah suatu keyakinan yang kita miliki yang hadir dalam syarat-syarat tertentu dan terwujud karena

terbentuknya hubungan-hubungan khusus antara subjek (yang mengetahui) dan objek (yang diketahui) dimana hubungan ini sama sekali kita tidak ragukan.

Dalam pengetahuan sangat mungkin terdapat dua aspek yang berbeda, antara lain:

a. Hal-hal yang diperoleh

Pengetahuan seperti ini mencakup tradisi, keterampilan, informasi, pemilikiran-pemikiran, dan akidah-akidah yang diyakini oleh seseorang dan diaplikasikan dalam semua kondisi dan dimensi penting kehidupan. Misalnya pengetahuan seseorang tentang sejarah negaranya dan pengetahuannya terhadap etika dan agama dimana pengetahuan-pengetahuan ini nantinya ia bisa aplikasikan dan menjadikannya sebagai dasar pembahasan.

b. Realitas yang terus berubah

Sangat mungkin pengetahuan itu diasumsikan sebagai suatu realitas yang senantiasa berubah dimana perolehan itu tidak pernah berakhir. Pada kondisi ini, seseorang mengetahui secara khusus perkara- perkara yang beragam, kemudian ia membandingkan perkara tersebut satu sama lain dan memberikan pandangan atasnya, dengan demikian, ia menyiapkan dirinya untuk mendapatkan pengetahuan-pengetahuan baru yang lebih global (Abdullah, 2008).

Pengetahuan yang tercakup dalam domain kognitif mempunyai enam tingkatan sebagai berikut :

- a. Mengetahui (*know*), artinya mengingat suatu materi yang telah dipelajari sebelumnya.
- b. Memahami (*comprehension*) artinya suatu kemampuan untuk menjelaskan secara benar tentang obyek yang diketahui, dan dapat menginterpretasikan materi tersebut secara benar.
- c. Menggunakan (*application*) artinya kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi atau kondisi yang nyata.
- d. Menguraikan (*analysis*), yaitu kemampuan untuk menjabarkan materi atau suatu obyek kedalam komponen-komponen, tetapi masih di dalam satu struktur organisasi, dan masih ada kaitannya satu sama lain.
- e. Menyimpulkan (*synthesis*), maksudnya suatu kemampuan untuk meletakkan atau menghubungkan bagian-bagian di dalam suatu bentuk keseluruhan yang baru.
- f. Mengevaluasi (*evaluation*), yaitu kemampuan untuk melakukan penilaian terhadap suatu materi atau obyek (Effendy, 2009).

## **2. Faktor-faktor yang mempengaruhi pengetahuan**

Mubarak (2012), Faktor-Faktor yang mempengaruhi pengetahuan seseorang :

### 1) Pendidikan

Makin tinggi pendidikan seseorang semakin mudah pula mereka menerima informasi dan pada akhirnya makin banyak pula pengetahuan yang dimilikinya.

### 2) Pekerjaan

Menjadikan seseorang memperoleh pengalaman dan pengetahuan baik secara langsung maupun tidak langsung.

### 3) Umur

Dengan bertambahnya umur seseorang akan terjadi perubahan pada aspek fisik dan psikologis atau mental, seseorang akan semakin matang dan dewasa

### 4) Minat

Menjadikan seseorang untuk mencoba dan menekuni suatu hal dan pada akhirnya diperoleh pengetahuan lebih mendalam.

### 5) Pengalaman

Pengalaman terhadap objek yang menyenangkan maka secara psikologis akan timbul kesan yang sangat mendalam dan membekas dalam jiwanya dan akhirnya akan membentuk pula sikap positif.

### 6) Kebudayaan Dan Lingkungan Sekitar

Kebudayaan dimana kita hidup dan dibesarkan mempunyai pengaruh besar terhadap pengaruh sikap kita apabila di suatu wilayah mempunyai budaya untuk menjaga kebersihan lingkungan,



maka akan mungkin, masyarakat sekitarnya mempunyai sikap untuk selalu menjaga kebersihan lingkungan.

#### 7) Informasi

Kemudahan untuk memperoleh informasi dapat membantu mempercepat seseorang untuk memperoleh pengetahuan yang baru.

### 3. Pengukuran pengetahuan

Pengukuran pengetahuan dapat dilakukan dengan wawancara atau angket yang menyatakan tentang isi materi yang ingin diukur dari subyek penelitian atau responden. Kedalaman pengetahuan yang ingin kita ketahui atau kita ukur dapat disesuaikan dengan tingkatan domain diatas (Notoatmodjo, 2007). Beberapa teori lain yang telah dicoba untuk mengungkapkan determinan perilaku dari analisis faktor-faktor yang mempengaruhi perilaku, khususnya perilaku yang berhubungan dengan kesehatan, antara lain teori Lawrence Green (Green, dalam Notoatmodjo, 2007) mencoba menganalisa perilaku manusia dari tingkat kesehatan. Kesehatan seseorang atau masyarakat dipengaruhi perilaku (*non behavior causes*). Selanjutnya perilaku itu sendiri ditentukan atau terbentuk dari 3 faktor, yaitu :

- a. Faktor-faktor pengaruh (*predisposing factor*) yang terwujud dalam pengetahuan, sikap, kepercayaan, keyakinan, dan nilai-nilai.
- b. Faktor-faktor pendukung (*enabling factor*) yang terwujud dalam lingkungan fisik, tersedia atau tidak tersedianya fasilitas-fasilitas atau sarana-sarana kesehatan.

- c. Faktor-faktor penguat (*reinforcing factor*) yang terwujud dalam sikap dan perilaku petugas kesehatan.

#### 4. Jenis -jenis Pengetahuan

Pengetahuan dapat diklasifikasikan dalam suatu pengetahuan teori yang diperoleh tanpa observasi di dunia. Pengetahuan empiris hanya diperoleh setelah observasi ke dunia atau interaksi dengan beberapa cara. Pengetahuan sering diperoleh dari kombinasi atau memperluas pengetahuan lain dalam cara-cara yang bervariasi. Pengetahuan adalah hasil dari tahu. Dan ini terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu. Penginderaan terjadi melalui pancaindera manusia, yakni: indra penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa dan raba. Sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui mata dan telinga. Pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang sangat penting untuk terbentuknya tindakan seseorang (Notoatmojdo, 2007).

Pada umumnya pengetahuan dibagi menjadi beberapa jenis diantaranya:

##### a. Pengetahuan langsung (*immediate*)

Pengetahuan *immediate* adalah pengetahuan langsung yang hadir dalam jiwa tanpa melalui proses penafsiran dan pikiran. Kaum realis (penganut paham Realisme) mendefinisikan pengetahuan seperti itu. Umumnya dibayangkan bahwa kita mengetahui sesuatu itu sebagaimana adanya, khususnya perasaan ini berkaitan dengan realitas-realitas yang telah dikenal sebelumnya seperti pengetahuan tentang pohon, rumah, binatang, dan beberapa individu manusia. Namun, apakah perasaan ini

juga berlaku pada realitas-realitas yang sama sekali belum pernah dikenal dimana untuk sekali melihat kita langsung mengenalnya sebagaimana hakikatnya?. Apabila kita sedikit mencermatinya, maka akan nampak dengan jelas bahwa hal itu tidaklah demikian adanya.

b. Pengetahuan tak langsung (*mediated*)

Pengetahuan *mediated* adalah hasil dari pengaruh interpretasi dan proses berpikir serta pengalaman-pengalaman yang lalu. Apa yang kita ketahui dari benda-benda eksternal banyak berhubungan dengan penafsiran dan pencerapan pikiran kita.

c. Pengetahuan indrawi (*perceptual*)

Pengetahuan indrawi adalah sesuatu yang dicapai dan diraih melalui indra-indra lahiriah. Sebagai contoh, kita menyaksikan satu pohon, batu, atau kursi, dan objek-objek ini yang masuk ke alam pikiran melalui indra penglihatan akan membentuk pengetahuan kita. Tanpa diragukan bahwa hubungan kita dengan alam eksternal melalui media indra-indra lahiriah ini, akan tetapi pikiran kita tidak seperti klise foto dimana gambar-gambar dari apa yang diketahui lewat indra-indra tersimpan didalamnya. Pada pengetahuan indrawi terdapat beberapa faktor yang berpengaruh, seperti adanya cahaya yang menerangi objek-objek eksternal, sehatnya anggota-anggota indra badan (seperti mata, telinga, dan lain-lain), dan pikiran yang mengubah benda-benda partikular menjadi konsepsi universal, serta faktor-faktor sosial (seperti adat istiadat). Dengan faktor-

faktor tersebut tidak bisa dikatakan bahwa pengetahuan indrawi hanya akan dihasilkan melalui indra-indra lahiriah.

d. Pengetahuan konseptual (*conceptual*)

Pengetahuan konseptual juga tidak terpisah dari pengetahuan indrawi. Pikiran manusia secara langsung tidak dapat membentuk suatu konsepsi-konsepsi tentang objek-objek dan perkara-perkara eksternal tanpa berhubungan dengan alam eksternal. Alam luar dan konsepsi saling berpengaruh satu dengan lainnya dan pemisahan di antara keduanya merupakan aktivitas pikiran.

e. Pengetahuan partikular (*particular*)

Pengetahuan partikular berkaitan dengan satu individu, objek-objek tertentu, atau realitas-realitas khusus. Misalnya ketika kita membicarakan satu kitab atau individu tertentu, maka hal ini berhubungan dengan pengetahuan partikular itu sendiri.

f. Pengetahuan universal (*universal*)

Pengetahuan yang meliputi keseluruhan yang ada, seluruh hidup manusia misalnya; agama dan filsafat (Abdullah, 2008). Sedangkan jenis-jenis pengetahuan ditinjau dari sudut bagaimana pengetahuan itu diperoleh, bukan pada bahasan value atau nilai dari pengetahuan tersebut antara lain:

1) Pengetahuan biasa (*common sense*)

Pengetahuan biasa (*common sense*) Pengetahuan yang digunakan terutama untuk kehidupan sehari-hari, tanpa mengetahui seluk beluk

yang sedalam-dalamnya dan seluas-luasnya. Seorang yang dulunya belum tahu tentang cara belajar sesuatu hal dan setelah melalui suatu proses seseorang tahu tentang sesuatu hal tersebut, maka orang tersebut disebut memiliki pengetahuan biasa. Dalam bahasa lain disebut sebagai pengetahuan yang dimiliki dengan kadar sekedar tahu. Memenuhi faktor ketidaktahuannya.

## 2) Pengetahuan ilmiah atau Ilmu pengetahuan

Pengetahuan ilmiah atau Ilmu, pengetahuan yang diperoleh dengan cara khusus, bukan hanya untuk digunakan saja tetapi ingin mengetahui lebih dalam dan luas mengetahui kebenarannya, tetapi masih berkisar pada pengalaman. Pengetahuan Ilmiah atau Ilmu (*Science*) pada dasarnya merupakan usaha untuk mengorganisasikan dan mensistematisasikan common sense, suatu pengetahuan sehari-hari yang dilanjutkan dengan suatu pemikiran cermat dan seksama dengan menggunakan berbagai metode. Dari pengetahuan tentang misal hewan komodo yang sekedar tahu, kemudian menggunakan beberapa langkah dan metode yang jelas untuk mengetahui lebih dari sekedar tahu, dan dilakukan secara sistematis maka orang yang mengetahui dan memahami secara mendalam tentang hewan komodo tersebut dan disebut sebagai pengetahuan ilmiah tentang hewan komodo. Dalam batasan ini, seseorang yang memiliki pengetahuan ilmiah atau ilmu pengetahuan, maka semua proses yang dilewatinya jika dilakukan oleh orang lain akan memiliki

pengetahuan yang sama dengan yang dimilikinya (Syarat Ilmiah). Sebagian yang mendefinisikan pengetahuan sebagai sebuah ilmu. Ilmu merupakan suatu metode berfikir secara objektif yang bertujuan untuk menggambarkan dan memberi makna terhadap gejala dan fakta melalui observasi, eksperimen dan klasifikasi. Ilmu harus bersifat objektif, karena dimulai dari fakta, menyampingkan sifat kedirian, mengutamakan pemikiran logik dan netral.

### 3) Pengetahuan filsafat

Pengetahuan filsafat, pengetahuan yang tidak mengenal batas, sehingga yang dicari adalah sebab-sebab yang paling dalam dan hakiki sampai diluar dan diatas pengalaman biasa. Pengetahuan Filsafat biasanya berkenaan dengan hakikat sesuatu (transenden) sehingga kadang perbincangannya seputar hal-hal yang abstrak terhadap bangan sebuah pengetahuan. Objek pembahasannya selalu mengedepankan aspek ontologi, epistimologi dan aksionlogi. Pembahasan tentang Pengetahuan Filsafat akan di uraikan pada postingan tentang Hakikat Filsafat.

### 4) Pengetahuan agama

Pengetahuan agama, suatu pengetahuan yang hanya diperoleh dari Tuhan lewat para Nabi dan Rosul-Nya yang bersifat mutlak dan wajib diikuti para pemeluknya. Dengan menjadikan ajaran agama sebagai tolak ukur kebenaran, maka pengetahuan agama sangat sarat dengan nilai baik dan buruk, benar dan salah. Sepanjang pengetahuan itu

tidak bertentangan dengan ajaran yang tertuang dalam kitab yang diperpegangi, maka pengetahuan itu dianggap benar (Waksena, 2012).

Firman Allah Qs. Al-alaaq Ayat 1-5 :

أَقْرَأْ بِاسْمِ رَبِّكَ الَّذِي خَلَقَ ﴿١﴾ خَلَقَ الْإِنْسَانَ مِنْ عَلَقٍ ﴿٢﴾ أَلَمْ يَكُنْ لَهُ كُفُوًا أَحَدٌ ﴿٣﴾  
الَّذِي عَلَّمَ بِالْقَلَمِ ﴿٤﴾ عَلَّمَ الْإِنْسَانَ مَا لَمْ يَعْلَمْ ﴿٥﴾

Terjemahnya:

Bacalah dengan (menyebut) nama Tuhanmu yang menciptakan. Dia telah menciptakan manusia dari segumpal darah. Bacalah, dan Tuhanmulah yang Maha pemurah. Yang mengajar (manusia) dengan perantaran Qalam. Dia mengajar kepada manusia apa yang tidak diketahuinya.

“(Wahai Muhammad!) Bacalah dengan nama Tuhanmu Yang telah menciptakan (seluruh makhluk) ” . Itulah surah pertama al-Qur’an. Ia dimulikan dengan nama Allah S.W.T. Ia mengarahkan Rasul-Nya s.a.w. pada kali yang pertama beliau berhubung dengan al-Mala’ul-A’la, dan pada kali pertama beliau menghayunkan langkahnya di jalan da’wah di mana beliau dipilih Allah S.W.T. untuk-Nya. Allah S.W.T mengarah beliau supaya membaca dengan nama Allah S.W.T.

Ayat ini dimulakan dengan menyebut secara umum salah satu dari sifat-sifat Allah iaitu sifat mencipta dan memulakan penciptaan . Kemudian diiringi dengan menyebut khusus tentang penciptaan dan asal mula kejadian makhluk manusia .

“Ia telah menciptakan manusia dari segumpal darah.”

Yakni dari titik darah beku yang melekat di dalam rahim. Iaitu dari asal mula yang sangat kecil dan bersahaja, kemudian dengan limpah

kemurahan-Nya dan dengan qudrat kuasa-Nya. Allah S.W.T. mengangkat segumpal darah itu kepada darjat manusia yang mengerti dan boleh belajar .

“Bacalah dan Tuhanmulah Yang Paling Pemurah.”

“Yang mengajar dengan pena. ”

“Ia mengajar manusia apa yang tidak diketahuinya.”

Di samping menjelaskan hakikat penciptaan manusia, ayat itu juga menjelaskan hakikat mengajar iaitu bagaimana Allah mengajar manusia dengan pena, kerana pena selama-lamanya merupakan alat mengajar yang paling luas dan paling mendalam kesannya dalam kehidupan manusia. Pada masa itu, hakikat peranan pena belum lagi jelas seperti yang kita ketahui dalam kehidupan manusia sekarang ini. Tetapi Allah S.W.T. Amat mengetahui nilai pena, kerana itulah Ia menyebutkannya pada detik pertama kemunculan agama yang terakhir bagi umat manusia dan pada surah yang pertama dan surah-surah al-Quranul-Karim. Namun begitu Rasulullah s.a.w. sendiri yang membawa surah ini bukanlah seorang yang pandai menulis dengan pena. Oleh itu andainya al-Qur'an itu bukannya wahyu dari Allah, malah perkataan yang dikarangkan oleh beliau tentulah beliau tidak akan menonjolkan hakikat peranan pena itu pada detik pertama da'wahnya. hakikat ini tentulah tidak tertonjol andainya al-Quran itu bukannya wahyu dan bukannya perutusan dari Allah S.W.T, yang mengetahui segala rahsia kehidupan dan rahsia



rahasia dirinya sendiri. Segala-galanya datang dari satu sumber dan di sana tiada sumber yang lain dari Allah S.W.T.

Dengan bahgian awal surah ini, yang diturunkan pada detik pertama Rasulullah s.a.w. berhubung dengan al-Malaul-A'la, diletakkan batu asas kefahaman keimanan yang luas, iaitu setiap urusan, setiap gerak langkah dan setiap tindakan hendaklah dimulakan dengan nama Allah dan diteruskan dengan nama Allah. Kepada Allah ia menuju dan kepada-Nya ia kembali. Dan Allah S.W.T itulah yang mencipta dan Dialah juga yang mengajar. Dari Allah S.W.T asal mula kejadian dan dari Allah datangnya segala pengajaran dan segala ilmu pengetahuan. Manusia belajar dan mengajar, dan seluruhnya bersumberkan Allah S.W.T. yang Mencipta dan Mengajar (Tafsir Fi Zilalil Qur'an, 2004).

## **B. *Patient Safety Goals***

### **1. *Defenisi Patient Safety***

*Patient Safety* adalah sistem pelayanan dalam suatu rumah sakit yang memberikan asuhan pasien yang aman. Termasuk di dalamnya mengukur risiko, Identifikasi dan pengurangan resiko terhadap pasien analisa insiden kemampuan untuk belajar dan menindak lanjuti insiden serta menerapkan solusi untuk mengurangi resiko.

Ketepatan (*appropriateness*) dalam pelayanan kesehatan, kecepatan (*timelines*), dan bebas dari bahaya dan kesalahan (*freeforharm and error*) merupakan tiga unsur utama dari keselamatan pasien yang dapat terwujud dengan adanya regulasi pelayanan kesehatan, sistem informasi yang

memadai, sumber daya manusia kesehatan yang profesional, dan pengelolaan sumber daya kesehatan yang lain. WHO, pada wordl health asessmenbly yang ke 55 yang dilaksanakan pada mei 2002 ditetapkan suatu resolusi yang mendorong negara-negara untuk memberikan perhatian kepada permasalahan *patient savety*. Pada oktober 2004, WHO dan berbagai lembaga mendirikan Word Alliance for Patient Savety yang bertujuan mengedepankan tujuan utama pasien safety "First do no harm" dan menurunkan morbiditas, cedera dan kematian yang diderita pasien.

*Patient Safety* (Keselamatan pasien) adalah pasien bebas dari cedera yang tidak seharusnya terjadi atau bebas dari cedera dan atau potensial kematian dan lain-lain, terkait dengan pelayanan kesehatan. Keselamatan pasien rumah sakit adalah suatu sistem dimana rumah sakit membuat asuhan pasien lebih aman (Depkes-RI, 2008).

Keselamatan pasien dapat dijadikan acuan dalam memberikan pelayanan keperawatan kepada pasien dan menurunkan angka kejadian yang tidak diharapkan (KTD) (Maryam, 2009).

Kejadian Nyaris Cedera (KNC) adalah suatu tindakan yang seharusnya tidak menyebabkan cedera pada pasien akibat melaksanakan suatu tindakan (*commision*) atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil (*ommision*), dapat terjadi karena keberuntungan, misal pasien menerima suatu obat kontra indikasi tetapi tidak timbul reaksi obat, karena pencegahan, misalnya suatu obat dengan overdosis lethal akan diberikan, tetapi staf lain mengetahui dan membatalkannya sebelum obat

diberikan, diketahui secara dini lalu diberikan antidotumnya (KKP-RS, 2008).

Faktor-faktor yang berkontribusi terjadinya KTD KNC adalah faktor eksternal rumah sakit, faktor organisasi dan manajemen, lingkungan kerja, kerja sama tim, petugas, beban kerja atau tugas, pasien dan faktor komunikasi. Faktor komunikasi yang berkontribusi terjadinya KTD dan KNC meliputi komunikasi verbal dan tertulis. Faktor komunikasi verbal meliputi hambatan yang terjadi akibat proses komunikasi antara staf senior dan staf junior, komunikasi antarprofesi (misalnya dokter dan perawat, perawat dan analis dll), komunikasi petugas dengan pasien, dan komunikasi antar unit/ departemen. Sedangkan untuk komunikasi tertulis adalah ketidaklengkapan informasi yang dituliskan. Dengan disebutkannya komunikasi sebagai salah satu faktor yang menjadi kontribusi terjadinya KTD dan KNC, maka peneliti merasa bahwa komunikasi antar petugas kesehatan terutama dokter dan perawat yang menjadi ujung tombak pelayanan kesehatan di rumah sakit perlu dikaji lebih lanjut untuk mencegah terjadinya KTD dan KNC, sehingga tercapai derajat kesehatan pasien yang optimal dan profit bagi rumah sakit itu sendiri. Bahkan pentingnya komunikasi di dunia kesehatan juga ditunjukkan dengan dimasukkannya mata kuliah komunikasi ke dalam kurikulum untuk pendidikan dokter dan perawat. Depkes (2008).

## 2. Tujuan

Depkes RI, 2006, Tujuan keselamatan pasien adalah :

- a. Terciptanya budaya keselamatan pasien
- b. Meningkatnya akuntabilitas rumah sakit terhadap pasien dan masyarakat
- c. Menurunnya KTD di rumah sakit
- d. Terlaksananya program-program pencegahan sehingga tidak terjadi pengulangan KTD.

## 3. Aspek Hukum *Patient Safety*

Kebijakan yang mendukung keselamatan pasien :

### **Pasal 43 UU No.44/2009**

- a. Rumah sakit wajib menerapkan standar keselamatan pasien
- b. Standar keselamatan pasien dilaksanakan melalui pelaporan insiden, menganalisa dan menetapkan pemecahan masalah dalam rangka menurunkan angka kejadian yang tidak diharapkan
- c. Rumah sakit melaporkan kegiatan keselamatan pasien pada komite yang membidangi keselamatan pasien yang ditetapkan oleh menteri
- d. Pelaporan insiden keselamatan pasien dibuat secara anonim dan ditujukan untuk mengoreksi sistem dalam rangka meningkatkan keselamatan pasien.

#### **4. Enam Sasaran *Patient Safety* (WHO *Patient Safety* (2007))**

##### **a. Sasaran I : Ketepatan Identifikasi Pasien**

Kesalahan karena keliru dalam mengidentifikasi pasien dapat terjadi di hampir semua aspek/tahapan diagnosis dan pengobatan. Maksud sasaran ini adalah untuk melakukan dua kali pengecekan yaitu : pertama, untuk identifikasi pasien sebagai individu yang akan menerima pelayanan atau pengobatan; kedua, untuk kesesuaian pelayanan atau pengobatan terhadap individu tersebut.

Kebijakan dan/atau prosedur yang secara kolaboratif dikembangkan untuk memperbaiki proses identifikasi, khususnya pada proses untuk mengidentifikasi pasien ketika pemberian obat, darah, atau produk darah; pengambilan darah dan spesimen lain untuk pemeriksaan klinis; atau pemberian pengobatan atau tindakan lain. Kebijakan atau prosedur memerlukan sedikitnya dua cara untuk mengidentifikasi seorang pasien, seperti nama pasien, nomor rekam medis, tanggal lahir gelang identitas pasien, dan lain-lain. Nomor kamar pasien atau lokasi tidak bisa digunakan untuk identifikasi. Kebijakan dan/ atau prosedur juga menjelaskan penggunaan dua identitas berbeda di lokasi yang berbeda di rumah sakit, seperti pelayanan rawat jalan, unit gawat darurat, atau ruang operasi termasuk identifikasi pada pasien koma tanpa identitas. Suatu proses kolaboratif digunakan untuk mengembangkan kebijakan dan/atau prosedur agar dapat memastikan semua kemungkinan situasi untuk dapat diidentifikasi.

**b. Sasaran II : Peningkatan Komunikasi Yang Efektif**

Komunikasi efektif, yang tepat waktu, akurat, lengkap, jelas, dan yang dipahami oleh pasien, akan mengurangi kesalahan, dan menghasilkan peningkatan keselamatan pasien. Komunikasi dapat berbentuk elektronik, lisan, atau tertulis. Komunikasi yang mudah terjadi kesalahan kebanyakan terjadi pada saat perintah diberikan secara lisan atau melalui telpon. Komunikasi yang mudah terjadi kesalahan yang lain adalah pelaporan kembali hasil pemeriksaan kritis, seperti melaporkan hasil laboratorium klinik cito melalui telpon ke unit pelayanan. Rumah Sakit secara kolaboratif mengembangkan suatu kebijakan dan/atau prosedur untuk perintah lisan dan telpon. Kebijakan dan/atau prosedur juga menjelaskan bahwa diperbolehkan tidak melakukan pembacaan kembali (*read back*) bila tidak memungkinkan seperti di kamar operasi dan situasi gawat darurat di IGD atau ICU.

**c. Sasaran III : Peningkatan Keamanan Obat Yang Perlu Diwaspadai (*High Alert*)**

Bila obat-obatan menjadi bagian dari rencana pengobatan pasien, manajemen harus berperan secara kritis untuk memastikan keselamatan pasien. Obat-obatan yang perlu diwaspadai (*high alert medication*) adalah obat yang sering menyebabkan terjadi kesalahan / kesalahan serius (*sentinel event*), obat yang berisiko tinggi menyebabkan dampak yang tidak diinginkan (*adverse event*) seperti obat-obatan yang terlihat mirip (Nama Obat Rupa dan Ucapan Mirip/ NORUM), obat-obatan

yang sering disebutkan dalam isu keselamatan pasien adalah pemberian elektrolit konsentrat secara tidak sengaja (misalnya, kalium klorida 2meq/ml atau yang lebih pekat, kalium fosfat, natrium klorida lebih pekat dari 0,9%, dan magnesium sulfat (50% atau lebih pekat).

Kesalahan ini bisa terjadi bila perawat tidak mendapatkan orientasi dengan baik di unit pelayanan pasien, atau bila perawat kontrak tidak diorientasikan terlebih dahulu sebelum ditugaskan, atau pada keadaan gawat darurat. Cara yang paling efektif untuk mengurangi atau mengeliminasi kejadian tersebut adalah dengan meningkatkan proses pengelolaan obat-obatan yang perlu diwaspadai termasuk memindahkan elektrolit konsentrat dari unit pelayanan pasien ke farmasi. Rumah Sakit secara kolaboratif mengembangkan suatu kebijakan dan/atau prosedur untuk membuat daftar obat-obat yang perlu diwaspadai berdasarkan data yang ada di rumah sakit.

**d. Sasaran IV : Kepastian Tepat Lokasi, Tepat Prosedur, Tepat Pasien Operasi**

Salah lokasi, salah prosedur, pasien salah pada operasi adalah sesuai yang mengawatirkan dan tidak jarang terjadi di rumah sakit. Kesalahan ini adalah akibat dari komunikasi yang tidak efektif atau yang tidak adekuat antara anggota tim bedah, kurang/tidak melibatkan pasien di dalam penandaan lokasi operasi (*site marking*), dan tidak ada prosedur untuk verifikasi lokasi operasi. Disamping itu asesmen pasien

yang tidak adekuat, penelaahan catatan medis tidak adekuat, budaya yang tidak mendukung komunikasi terbuka antar anggota tim bedah, permasalahan yang berhubungan dengan tulisan tangan yang tidak terbaca dan pemakaian singkatan adalah faktor-faktor kontribusi yang sering terjadi. Penandaan lokasi perlu melibatkan pasien dan dilakukan pada tanda yang mudah dikenali. Tanda itu harus digunakan secara konsisten di rumah sakit dan harus dibuat oleh operator/orang yang akan melakukan tindakan, dilaksanakan pada saat pasien terjaga dan sadar jika memungkinkan, dan harus terlihat sampai saat akan disayat. Penandaan lokasi operasi dilakukan pada semua kasus termasuk sisi (*laterality*), *multiple struktur* (jari tangan, jari kaki, lesi) atau *multilevel* (tulang belakang). Maksud proses *verifikasi praoperatif* adalah untuk :

- 1) Memverifikasi lokasi, prosedur, dan pasien yang benar
- 2) Memastikan bahwa semua dokumen, foto (*imaging*), hasil pemeriksaan yang relevan tersedia, diberi label dengan baik, dan dipampang
- 3) Melakukan verifikasi ketersediaan peralatan khusus dan/atau implant yang dibutuhkan. Tahap sebelum insisi (*Time Out*) memungkinkan semua pertanyaan atau kekeliruan diselesaikan. Time out dilakukan ditempat, dimana tindakan akan dilakukan, tepat sebelum tindakan dimulai, dan melibatkan seluruh tim operasi.



**e. Sasaran V : Pengurangan Risiko Infeksi Terkait Pelayanan Kesehatan**

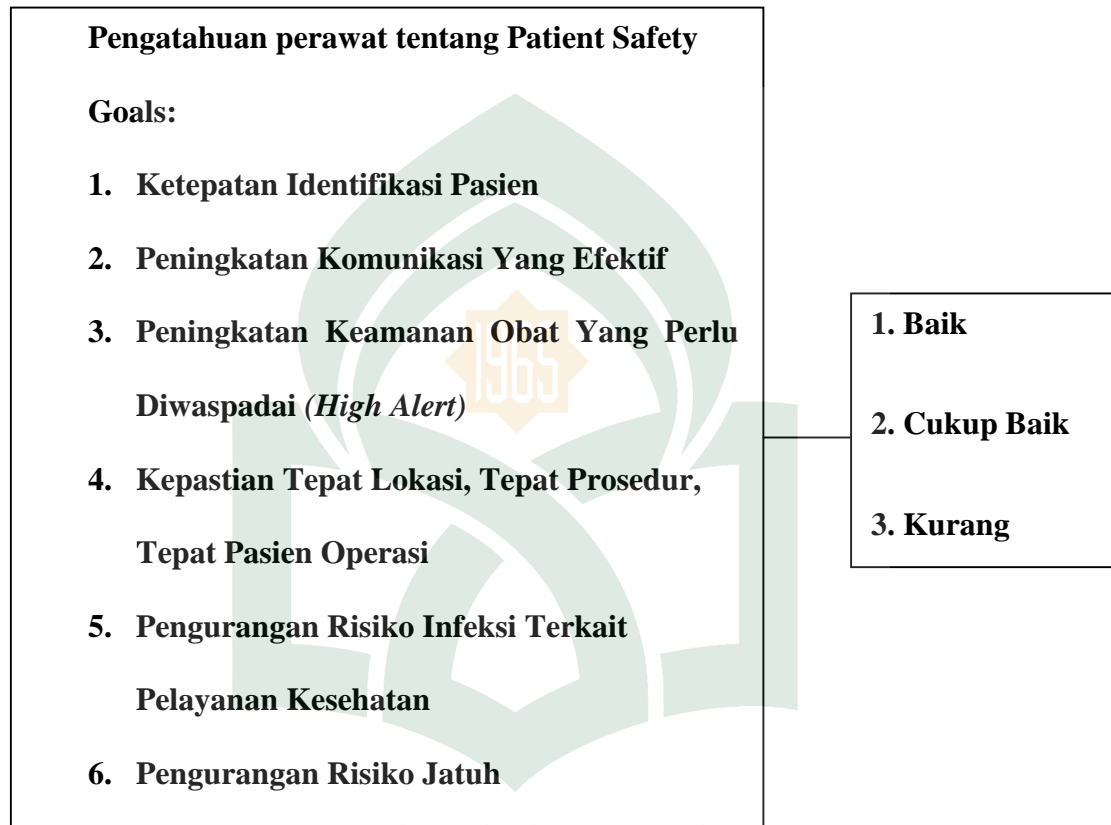
Pencegahan dan pengendalian infeksi merupakan tantangan terbesar dalam tatanan pelayanan kesehatan, dan peningkatan biaya untuk mengatasi infeksi yang berhubungan dengan pelayanan kesehatan merupakan keprihatinan besar bagi pasien maupun para profesional pelayanan kesehatan. Infeksi biasanya dijumpai dalam semua bentuk pelayanan kesehatan termasuk infeksi saluran kemih, infeksi pada aliran darah (*blood stream infections*) dan pneumonia (seringkali dihubungkan dengan ventilasi mekanis). Pusat dari eliminasi infeksi ini maupun infeksi-infeksi lain adalah cuci tangan (*hand hygiene*) yang tepat. Rumah sakit mempunyai proses kolaboratif untuk mengembangkan kebijakan dan/atau prosedur yang menyesuaikan atau mengadopsi petunjuk hand hygiene yang diterima secara umum dan untuk implementasi petunjuk itu di rumah sakit.

**f. Sasaran VI : Pengurangan Risiko Jatuh**

Jumlah kasus jatuh cukup bermakna sebagai penyebab cedera bagi pasien rawat inap. Dalam konteks populasi/masyarakat yang dilayani, pelayanan yang disediakan, dan fasilitasnya, rumah sakit perlu mengevaluasi risiko pasien jatuh dan mengambil tindakan untuk mengurangi risiko cedera bila sampai jatuh. Evaluasi bisa termasuk riwayat jatuh, obat dan telaah terhadap konsumsi alkohol, gaya jalan

dan keseimbangan, serta alat bantu berjalan yang digunakan oleh pasien.

### C. Kerangka Konsep



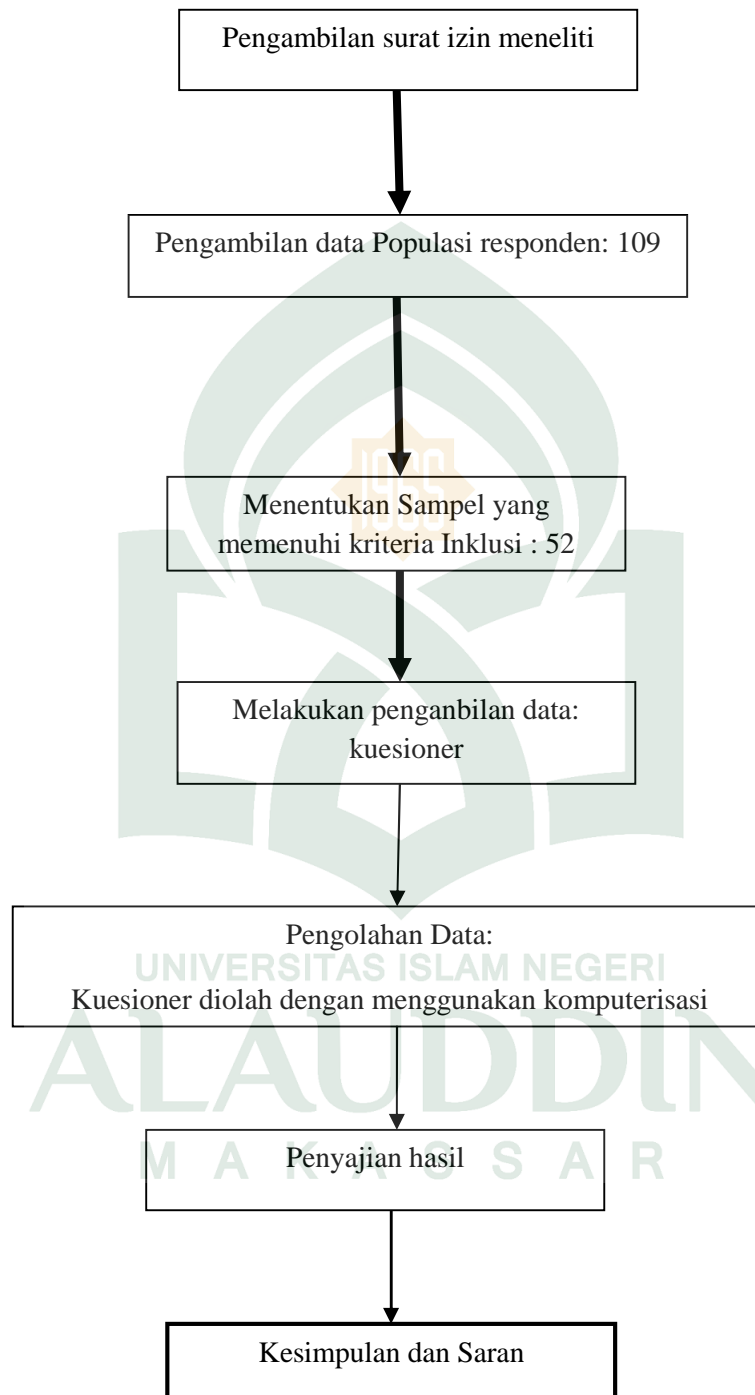
Keterangan:

:

Diteliti

UNIVERSITAS ISLAM NEGERI  
ALAUDDIN  
M A K A S S A R

#### D. Kerangka Kerja



### **BAB III**

#### **METODE PENELITIAN**

##### **A. Jenis Penelitian**

Jenis penelitian yang akan dilaksanakan adalah penelitian deskriptif yang bertujuan untuk memperoleh informasi Bagaimana Gambaran tingkat pengetahuan perawat tentang *Patient Safety Goals* di Ruang Rawat Inap di Rumah Sakit Umum Daerah Haji Makassar.

##### **B. Tempat Dan Waktu Penelitian**

###### **1. Tempat Penelitian**

Penelitian dilakukan Ruang Rawat inap di Rumah Sakit Umum Daerah Haji Makassar

###### **2. Waktu Penelitian**

Penelitian ini direncanakan Tanggal: Desember 2014

##### **C. Populasi Dan Sampel Penelitian**

###### **1. Populasi**

Populasi merupakan keseluruhan objek penelitian yang akan diteliti (Notoadmodjo, 2010). Populasi dapat berupa orang, benda, gejala, atau wilayah yang ingin diketahui oleh peneliti. Dalam penelitian ini adalah perawat pelaksana di ruang rawat inap di Rumah Sakit Umum Daerah Haji Makassar.

###### **2. Sampel**

Sampel merupakan objek yang diteliti dan dianggap mewakili keseluruhan populasi, sampel yang digunakan dalam penelitian ini adalah

*porposive sampling*, yaitu perawat pelaksana di ruang rawat inap RSUD

Haji Makassar yang memenuhi kriteria inklusi yang diinginkan.

Kritetria inklusi sampel yang diinginkan meliputi :

#### 1. Perawat Pelaksana di Ruang Rawat Inap

Kriteria eksklusi meliputi :

1. Kepala Ruangan
2. Ketua Tim
3. Mahasiswa Praktek

$$n = \frac{N}{1 + N (d^2)}$$

n: Besar sampel

N: Besar populasi

d: Tingkat Kepercayaan yang di inginkan (10%)

$$n = \frac{N}{1+N (d^2)} = \frac{1}{1+1 (0,0 )} = \frac{1}{2,0} = 52$$

Jadi jumlah sampel yaitu 52 responden (Setiadi,2007)

### D. Cara Pengumpulan Data

#### 1. Data Primer

Untuk memperoleh data primer dilakukan dengan cara menyebarkan atau membagikan kuesioner kepada responden dengan langkah-langkah sebagai berikut :

- a. Sebelum kuesioner diserahkan kepada responden, peneliti memberikan penjelasan tentang penelitian.

- b. Setelah responden memahami penelitian maka responden diminta kesediaannya untuk mengisi kuesioner

## 2. Data Sekunder

Dari administrasi rumah sakit tempat penelitian

## E. Pengolahan Dan Penyajian Data

### 1. Pengolahan data

Setelah dilakukan pengumpulan data, dilakukan Pengolahan data pada penelitian ini menggunakan pendekatan kuantitatif dengan tujuan untuk menarik kesimpulan dengan langkah-langkah:

- a. Mengkode data (*coding*) merupakan kegiatan klasifikasi data dan member kode pada masing-masing data yang dikembangkan saat mengembangkan kuesioner.
- b. Menyunting data (*editing*) merupakan penyeleksian data yang salah atau meragukan. Dilakukan dilapangan agar kesalahan dapat ditelusuri kembali pada responden yang bersangkutan sebelum proses pemasukan data.
- c. Membuat Struktur data adalah suatu cara untuk menetapkan nama, skala, jumlah digit dari data yang ada.
- d. *Entry* data adalah memasukkan data kedalam program pengolahan data secara komputerisasi dengan program SPSS for window.
- e. Data cleaning adalah suatu cara untuk menjaga kualitas data dengan cara pembersihan data dari kesalahan (*human error*) yang mungkin terjadi, yakni dilakukan dengan metode pencarian missing data,

variasi data dan konsistensi data dengan analisa frekuensi sederhana dari masing-masing variabel.

## 2. Penyajian data

Data yang diolah selanjutnya disajikan dalam bentuk tabel diagram deskriptif.

## F. Etika Penelitian

Dalam melakukan penelitian ini, peneliti mendapatkan rekomendasi dari Jurusan Keperawatan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Islam Negeri Alauddin Makassar dan instansi-instansi terkait lainnya. Setelah mendapat persetujuan maka peneliti melakukan penelitian dengan menekankan masalah etika (Yurisa, Wella. 2008).

### a. Menghormati harkat dan martabat manusia

Peneliti perlu mempertimbangkan hak-hak subyek untuk mendapatkan informasi yang terbuka berkaitan dengan jalannya penelitian serta memiliki kebebasan menentukan pilihan dan bebas dari paksaan untuk berpartisipasi dalam kegiatan penelitian (*autonomy*).

Beberapa tindakan yang terkait dengan prinsip menghormati harkat dan martabat manusia adalah peneliti mempersiapkan formulir persetujuan subyek (*informed consent*) yang terdiri dari :

1. Penjelasan manfaat penelitian
2. Penjelasan kemungkinan risiko dan ketidaknyamanan yang dapat ditimbulkan.
3. Penjelasan manfaat yang akan didapatkan.

4. Persetujuan peneliti dapat menjawab setiap pertanyaan yang diajukan subyek berkaitan dengan prosedur penelitian.
5. Persetujuan subyek dapat mengundurkan diri kapan saja.
6. Jaminan anonimitas dan kerahasiaan.

b. Menghormati privasi dan kerahasiaan subyek penelitian

Setiap manusia memiliki hak-hak dasar individu termasuk privasi dan kebebasan individu. Pada dasarnya penelitian akan memberikan akibat terbukanya informasi individu termasuk informasi yang bersifat pribadi. Sedangkan tidak semua orang menginginkan informasinya diketahui oleh orang lain, sehingga peneliti perlu memperhatikan hak-hak dasar individu tersebut. Dalam aplikasinya, peneliti tidak boleh menampilkan informasi mengenai identitas baik nama maupun alamat asal subyek dalam kuesioner dan alat ukur apapun untuk menjaga anonimitas dan kerahasiaan identitas subyek. Peneliti dapat menggunakan koding (inisial atau *identification number*) sebagai pengganti identitas responden.

c. Keadilan dan inklusivitas

Prinsip keadilan memiliki konotasi keterbukaan dan adil. Untuk memenuhi prinsip keterbukaan, penelitian dilakukan secara jujur, hati-hati, profesional, berperikemanusiaan, dan memperhatikan faktor-faktor ketepatan, keseksamaan, kecermatan, intimitas, psikologis serta perasaan religius subyek penelitian. Lingkungan penelitian dikondisikan agar memenuhi prinsip keterbukaan yaitu kejelasan prosedur penelitian.



d. Memperhitungkan manfaat dan kerugian yang ditimbulkan

Peneliti melaksanakan penelitian sesuai dengan prosedur penelitian guna mendapatkan hasil yang bermanfaat semaksimal mungkin bagi subyek penelitian dan dapat digeneralisasikan di tingkat populasi (*beneficence*). Peneliti meminimalisasi dampak yang merugikan bagi subyek (*nonmaleficence*). Apabila intervensi penelitian berpotensi mengakibatkan cedera atau stres tambahan maka subyek dikeluarkan dari kegiatan penelitian untuk mencegah terjadinya cedera, kesakitan, stres, maupun kematian subyek penelitian.

## BAB IV

### HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

#### A. Hasil Penelitian

##### 1. Analisis Karakteristik Responden

Karakteristik responden pada penelitian ini adalah umur, jenis kelamin, pendidikan terakhir, lama kerja di rumah sakit dan tingkat pengetahuan. Data karakteristik responden ini dijabarkan pada tabel 4.1 sampai dengan 4.5 adalah sebagai berikut :

###### a. Umur.

Tabel 4.1

Distribusi Karakteristik Responden Berdasarkan Umur Perawat di Rumah Sakit Daerah Haji Makassar.

Umur	Frekuensi (n)	Persentase (%)
Dewasa muda (18-44)	52	100,0
Dewasa tua (45-59)	0	0
<b>Jumlah</b>	<b>52</b>	<b>100,0</b>

*Sumber : Data Primer, Desember 2014*

Pada tabel 4.1 responden pada penelitian ini yang diambil semua berumur dewasa muda yaitu sebanyak 52 (100%) responden.

###### b. Jenis Kelamin

Tabel 4.2

Distribusi Karakteristik Responden Berdasarkan Jenis Kelamin Perawat di Rumah Sakit Daerah Haji Makassar

Jenis Kelamin	Frekuensi (n)	Persentase (%)
Laki –laki	4	7,7
Perempuan	48	92,3
<b>Jumlah</b>	<b>52</b>	<b>100,0</b>

*Sumber : Data Primer, Desember 2014*

Tabel 4.2 di atas memperlihatkan bahwa responden dengan jenis kelamin terbanyak adalah perempuan yaitu sebanyak 48 responden (92,3%), sedangkan laki-laki hanya sebanyak 4 responden (26,08%).

c. Pendidikan

Tabel 4.3

Distribusi Karakteristik Responden Berdasarkan Pendidikan Perawat di Rumah Sakit Daerah Haji Makassar

Pendidikan	Frekuensi (n)	Persentase (%)
SPK	1	1,9
DIII	33	63,5
SI	17	32,7
NERS	1	1,9
<b>Jumlah</b>	<b>52</b>	<b>100,0</b>

*Sumber : Data Primer, Desember 2014*

Tabel 4.3 di atas memperlihatkan bahwa kelompok terbesar adalah responden dengan tingkat pendidikan DIII yaitu 33 responden (63,5 %), kemudian diikuti S1 sebanyak 17 responden ( 32,7 %) dan yang terendah adalah SMK dan Ners, masing-masing 1 (1.9 %) responden.

d. Lama Kerja di Rumah Sakit

Tabel 4.4

Distribusi Karakteristik Responden Berdasarkan Lama Kerja Perawat di Rumah Sakit Daerah Haji Makassar

Lama Kerja	Frekuensi (n)	Persentase (%)
1-6 Tahun	28	53,8
7-13 Tahun	14	26,9
14-20 Tahun	10	19,2
<b>Jumlah</b>	<b>52</b>	<b>100,0</b>

Tabel 4.4 di atas memperlihatkan bahwa kelompok terbesar adalah perawat yang mempunyai lama kerja 1-6 tahun yaitu sebanyak 28 responden (53,8 %), kemudian perawat yang mempunyai lama kerja 7-14 tahun yaitu sebanyak 14 ( 26,9%) sedangkan yang terendah adalah yang memiliki lama kerja 14-20 tahun yaitu sebanyak 10 responden (19,2 %).

e. Tingkat pengetahuan

Tabel 4.5  
Distribusi Frekuensi Tingkat Pengetahuan Perawat Tentang  
Patient Safety Goals di Rumah Sakit  
Daerah Haji Makassar

Tingkat Pengetahuan	Frekuensi (n)	Persentase (%)
Baik	27	51,9
Cukup Baik	25	48,1
Kurang	0	0
<b>Jumlah</b>	<b>52</b>	<b>100,0</b>

*Sumber : Data Primer, Desember 2014*

Tabel 4.5 di atas memperlihatkan bahwa kelompok terbesar adalah responden yang memiliki pengetahuan baik yaitu sebanyak 27 responden (51,9 %), sedangkan yang terendah adalah responden yang memiliki pengetahuan cukup baik yaitu sebanyak 25 responden (48,1 %).

## B. Pembahasan

Berdasarkan hasil distribusi frekuensi dari 52 responden, menunjukkan bahwa tingkat pengetahuan perawat tentang *patient safety goals* di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Umum Daerah Makassar sebanyak 27 (51,9%) responden memiliki pengetahuan yang baik dan 25 (48,1%) responden memiliki pengetahuan yang cukup baik.

Penelitian ini sejalan dengan penelitian yang pernah dilakukan oleh Diandra Azalea, Syahrir A. Psinringi, dan Rini Anggraini (2013) di RSUD AM Parikesit Tenggarong dengan menyimpulkan bahwa budaya keselamatan pasien di RSUD AM Parikesit memiliki persentase 68%. Dimensi dengan persentasi respon positif tertinggi adalah kerjasama dalam unit (93%) dan dimensi dengan persentasi respon positif terendah adalah respon tidak menyalahkan terhadap *error* (41%). Budaya keselamatan pasien di RSUD AM Parikesit tergolong tinggi. Dimensi yang juga tergolong rendah adalah *staffing* dan frekuensi pelaporan kejadian, di mana keduanya memiliki kaitan yang erat satu sama lain.

Selain itu, penelitian ini juga sejalan dengan penelitian dari Sugeng Budiono, Arif Alamsyah, dan Tri Wahyu (2013) yang dilakukan di Rumah Sakit Islam Unisma Malang dengan judul Pelaksanaan Program Manajemen Pasien dengan Resiko Jatuh, menyimpulkan bahwa Uji program dilakukan terhadap penerapan *screening* pasien dengan risiko jatuh. Instrumen menggunakan observasi dan *form screening* pasien jatuh. Hasil menunjukkan sebagian besar petugas atau perawat telah melaksanakan dengan baik program manajemen pasien jatuh yang meliputi: *screening*, pemasangan gelang identitas risiko jatuh, edukasi pasien dan keluarga tentang menggunakan *leaflet* edukasi, pengelolaan pasien risiko jatuh, penanganan pasien jatuh dan pelaporan insiden. Penetapan kebijakan dan impementasi prosedur yang diikuti supervisi dan monitoring lebih menjamin keterlaksanaan program.

Begipula peneliti ini juga sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Saptorini Murdyastuti (2010), didapatkan kesimpulan bahwa secara bersama-sama maupun parsial variabel persepsi, pengetahuan tentang patient safety, dan motivasi perawat berpengaruh terhadap pelaksanaan program patient safety.

Penelitian ini juga sejalan dengan penelitian dari Ni Luh Ayu, Herman Warouw, dan Rivelino S. Hamel (2009) di RSUP Prof. Dr. R. D Kandow Manado dengan menyimpulkan bahwa Gambaran Tingkat Pengetahuan Pasien tentang Pemasangan Gelang Identifikasi Pasien di Instalasi Rawat Inap A adalah dalam kategori baik.

### **C. Keterbatasan Penelitian**

Peneliti menyadari bahwa dalam pelaksanaan penelitian tentu menemukan keterbatasan yang dapat mempengaruhi hasil penelitian, diantaranya:

1. Pengumpulan data yang dilakukan oleh peneliti dilakukan dengan menggunakan alat berupa kuesioner dan observasi sederhana. Dimana kuesioner ini peneliti memodifikasi dari instrument-instrument yang sudah ada sebelumnya. Sedangkan penelitian yang dilakukan terhadap responden memiliki sosial budaya yang berbeda sehingga bisa menimbulkan pula persepsi yang berbeda terhadap instrument-instrumen yang digunakan. Dan proses pembuatan kuesioner yang mungkin masih banyak kekurangan yang diakibatkan keterbatasan peneliti terkait dengan pengalaman dalam membuat dan menyusun kuesioner. Observasi yang dilakukan yang singkat dan

sederhana terhadap responden menimbulkan subjektifitas peneliti, sehingga memungkinkan terjadi kekurangan keakuratan penelitian.

2. Faktor dana juga membuat peneliti terbatas dalam melakukan penelitian yang lebih akurat dengan jumlah sampel yang lebih besar, tetapi semua itu tidak membuat peneliti jatuh semangat dalam melanjutkan penelitiannya.



## BAB V

### KESIMPULAN DAN SARAN

#### A. KESIMPULAN

Dari hasil pembahasan penelitian yang dilakukan pada Perawat di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Umum Daerah Haji Makassar dengan jumlah responden 52 orang dengan menggunakan kuesioner dapat ditarik kesimpulan sebagai berikut. Data menunjukkan 27 (51,9%) perawat memiliki pengetahuan yang baik. Jadi dapat disimpulkan bahwa Gambaran Tingkat Pengetahuan Perawat Tentang *Patient Safety Goals* Di Ruang Rawat Inap Di RSUD Haji Makassar berpengetahuan “**BAIK**”

#### B. SARAN

1. Bagi perawat perlu dipertimbangkan agar pelaksanaan *patient safety* agar lebih ditingkatkan lagi dan banyak belajar mengenai perkembangan pelaksanaan *patient safety* untuk ke depannya.
2. Disarankan untuk dilakukan penelitian lebih lanjut dengan waktu yang lebih lama dan jumlah responden yang lebih besar agar didapatkan hasil yang lebih signifikan.



## DAFTAR PUSTAKA

AL Qur'an Dan Terjemahnya.

Alimuddin. 2011. Profil Rumah Sakit Umum Daerah Haji Makassar.

Ayu , N, dkk. 2009. *Gambaran Pengetahuan Pasien Mengenai Pemasangan Gelang Identifikasi Pasien di Instaklasi Rawat Inap A BLU. RSUP.Prof Dr. R. D. Kandow Manado*. Skripsi

Asalea, D, dkk. 2013. *Gambaran Budaya Keselematan Pasien di RSUD Aji Muhammad Parikesit Tenggarong*. Skripsi

Budiono, S, dkk. 2013. *Pelaksanaan Manajemen Pasien Dengan Resiko Jatuh Di Rumah Sakit Islam Unisma Malang*. Skripsi

Depkes RI (2006), Panduan nasional Keselamatan pasien rumah sakit (*Patient safety*), Jakarta.

Depkes R.I. (2008). *Panduan Nasional Keselamatan Pasien Rumah Sakit (Patient safety)*. Jakarta.

Effendy, Ferry dan Makhfudli. 2009. *Keperawatan Kesehatan Komunitas (Teori dan Praktik dalam Keperawatan)*. Jakarta : Salemba Medika. ISBN : 978-979-3027-94-4

Hughes, G., H. (2008). *Patient safety and Quality: an Evidence Based Handbook for Nurse*. <http://www.proquest.com>, diperoleh 17 Februari 2010

Hussain fw. Pengembangan rumah sakit sebagai BLU dan *patient safety* Jakarta: dirjen bina pelayanan medik.

Mubarak, W. I (2012). Promosi Kesehatan. Yogyakarta. Graha Ilmu

JCI. (2007). *Meting the international patient safety goals*. USA

KKP-RS. (2008). *Pedoman Insiden Keselamatan Pasien (IKP) (Patient safety Incident Report)*. (ed-2). Jakarta\

Marseno. Rhudy. (2011) Internet. *PATIENT SAFETY* (KESELAMATAN PASIEN RUMAH SAKIT). Fakultas Kedokteran Universitas Andalas :(<http://marsenorhudy.wordpress.com/2011/01/07/pasient-safety-keselamatan-pasien-rumah-sakit/>)

Notoadmodjo, S. (2007) *Metodologi Penelitian Kesehatan* Jakarta : Rineka Cipta

Nidajud R. Solusi hadapi tuntutan *patien available* from : <http://suara.merdeka.com> accessed 1/6/07

NN . Menkes canangkan gerakan moral nasional keselamatan pasien di rumah sakit [http://www. Tempo co.id/medika/avsip/available](http://www.Tempo.co.id/medika/avsip/available) from [http://www. Depkes. 90.id](http://www.Depkes.90.id) Accessed:4/6/07

Setiadi. (2007) *Konsep dan Penulisan Riset Keperawatan*. Edisi Pertama Jogjakarta : Graha Ilmu

Sugeng Budiono,dkk

Tjokro R. Penerapan *patien. Safety* bukan basa basi, available from: [nntp://www k2 – Indonesia.com/](http://www.k2-Indonesia.com/). accessed 4/06/7

Undang-Undang Republik Indonesia, (2009) No.44 Pasal 43

WHO. (2007). Internet. *Nine life saving patient safety solution*. <http://www.who.int>

Yahya AA. Konsep dan program untuk *patient safety*” Bandung: persi :2006

Yurisa, Wella. (2008). *Etika Penelitian Kesehatan*. Riau : University of Riau.

Ziarasyid (2012) Internet Ayat Al-Qur'an kaitannya dengan K3.QS.AR RA'DUA AYAT 11 dan QS.AL-QOSHOSH AYAT 77. ([http://ziarasyid-fkm11.web.unair.ac.id/artikel\\_detail-67303--umum-Ayat AlQur'an kaitannya dengan k3.html](http://ziarasyid-fkm11.web.unair.ac.id/artikel_detail-67303--umum-Ayat_AlQur'an_kaitannya_dengan_k3.html))



GAMBARAN TINGKAT PENGETAHUAN PERAWAT TENTANG *PATIENT SAFETY GOALS* DI RUANG RAWAT INAP DI RSUD HAJI MAKASSAR  
PROVINSI SULAWESI SELATAN

**LEMBAR PENJELASAN UNTUK RESPONDEN**

Dengan Hormat

Saya Nama: Andi Muh. Ikhsan Nim: 70300110012 yang bertanda tangan di bawah ini adalah mahasiswa program studi ilmu keperawatan Fakultas kesehatan UIN Alauddin Makassar Akan mengadakan penelitian dengan judul “ Gambaran tingkat Pengetahuan perawat tentang *patient safety goals* di RSUD Haji Makassar”

Penelitian ini tidak menimbulkan efek samping atau akibat yang merugikan bagi bpk/ibu/sdr sebagai responden namun akan menyita waktu sekitar 45 menit untuk pengisian kuisioner.semua jawaban yang diberikan akan dijamin kerahasiaannya dan disajikan hanya untuk kepentingan penelitian serta pengembangan ilmu. Bila ada hal-hal yang tidak jelas bpk/ibu/sdr dapat menghubungi saya

Atas perhatian dan kerjasama saudara, diucapkan terima kasih.

Makassar, Desember 2014

Andi Muh. Ikhsan



**GAMBARAN TINGKAT PENGETAHUAN PERAWAT TENTANG *PATIENT SAFETY GOALS* DI RUANG RAWAT INAP DI RSUD HAJI MAKASSAR  
PROVINSI SULAWESI SELATAN**

**LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN**

Setelah membaca lembar persetujuan penelitian diatas, maka saya sadar menyatakan bahwa saya bersedia menjadi responden dalam penelitian ini dengan judul “ Gambaran tingkat pengetahuan perawat tentang *patient safety goals* Ruang Rawat Inap di RSUD Haji Makassar Provinsi Sulawesi Selatan ”

No Responden :

Umur :

Jenis Kelamin :

Pendidikan terakhir :

Lama kerja di Rs :

Makassar, Desember 2014

Responden

UNIVERSITAS ISLAM NEGERI  
**ALAUDDIN**  
M A K A S S A R

( )

## KUESIONER PENELITIAN

### GAMBARAN TINGKAT PENGETAHUAN PERAWAT TENTANG *PATIENT SAFETY GOALS* DI RUANG RAWAT INAP DI RSUD HAJI MAKASSAR PROVINSI SULAWESI SELATAN

Petunjuk Pengisian :

1. Beri tanda ceklist ( ) pada kolom yang ada di sebelah kanan pada masing-masing pernyataan sesuai dengan yang anda ketahui.
2. Bila ada yang kurang mengerti dapat ditanyakan pada peneliti.

Keterangan :

Benar : 1

Salah : 0

NO	PERNYATAAN	BENAR	SALAH
1	Dalam <i>JCI Patient Safety</i> terdiri dari 5 sasaran		
2	KTD adalah kejadian yang tidak diinginkan		
3	KNC lebih beresiko daripada KTD		
4	Langkah dalam mencuci tangan yang benar adalah 6 langkah		
5	<i>Patient Safety</i> dipersiapkan semata-mata untuk akreditasi Rumah Sakit		
6	Apabila ada kejadian, jangan mencari SIAPA yang melakukan		
7	Salah satu tujuan program keselamatan pasien, yaitu meningkatkan Akuntabilitas Rumah Sakit terhadap pasien dan masyarakat		
8	Manfaat penerapan sistem keselamatan pasien, yaitu budaya <i>safety</i> meningkat dan berkembang		
9	<i>Patient Safety</i> merupakan bagian dari mutu pelayanan		

	serta manajemen resiko		
10	Dalam <i>Patient Safety</i> , perlu adanya suatu keterbukaan dengan mengembangkan komunikasi yang efektif dengan pasien		
11	Identifikasi pasien dilakukan pada saat pasien akan menerima pelayanan dan kesesuaian pelayanan atau pengobatan terhadap individu tersebut		
12	Dengan berbagai macam jenis obat, jenis tes, jenis prosedur, serta jumlah pasien dan jumlah petugas rumah sakit yang cukup besar, merupakan suatu kondisi yang potensial untuk terjadinya kesalahan		
13	Kesalahan medis, adalah kesalahan yang sering terjadi dalam proses asuhan/pelayanan medis yang mengakibatkan atau berpotensi mengakibatkan cedera pasien yang hanya berorientasi pada tindakan ( <i>Commission</i> )		
14	Contoh KNC yaitu pasien diberikan obat kontra-indikasi tetapi tidak timbul reaksi obat		
15	Contoh dari KTD yaitu salah dalam mengidentifikasi pasien dengan benar		
16	Resiko pasien jatuh bisa saja terjadi diluar rumah sakit atau lingkungan eksternal dan merupakan bagian <i>Pateint Safety</i>		

## DAFTAR RIWAYAT HIDUP



**Andi Muh. Ikhsan**, Lahir pada tanggal 17 Oktober 1991 di Maccini Kec. Liliriaja Kab. Soppeng Provinsi Sulawesi Selatan. Penulis adalah anak ke Tiga dari empat bersaudara, buah cinta dari pasangan Muhabbareng dan Andi hasnah.

Pendidikan formal penulis dimulai dari SD Negeri 71 Maccini Kec. Liliriaja Kab. Soppeng tahun 1998-1999, kemudian pindah di SD Negeri 176 Dabbare Kec. Liliriaja Kab. Soppeng tahun 1999-2004, kemudian melanjutkan pendidikan ke MTS DDI Pattojo Kec. Liliriaja Kab. Soppeng tahun 2004-2007. Selanjutnya, penulis melanjutkan pendidikan di MA DDI Pattojo 2007-2010. Pada tahun 2010 penulis diterima sebagai mahasiswa pada Program Studi Keperawatan Fakultas Ilmu Kesehatan UIN Alauddin Makassar dan pada tahun 2014 penulis menyelesaikan pendidikan dan mendapat gelar strata satu (sarjana) keperawatan dengan diterimanya skripsi yang berjudul “Gambaran Tingkat Pengetahuan Perawat Tentang *Patient Safety Goals* di Ruang Rawat di RSUD Haji Makassar”.

Pada saat kuliah di UIN Alauddin Makassar, penulis aktif dalam organisasi Unit Kegiatan mahasiswa (UKM) yakni UKM TAE KWON DO Indonesia Ranting UIN Alauddin Makassar pada tahun 2011, penulis menjadi wakil ketua umum di UKM TAE KEON DO UIN Alauddin Makassar pada tahun 2012-2013. Selain di Dunia Kampus Penulis juga aktif dalam organisasi-organisasi daerah (ORGANDA) yakni: Ikatan Mahasiswa Pelajar Soppeng (IMPS) dan juga Ikatan Mahasiswa Alumni DDI Pattojo (IMADP).